

UNE TECHNIQUE DE SECURITÉ DANS LA FERMETURE DES ANUS CONTRE NATURE

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

Le Juillet 1941

PAR

LOUIS COMBES

Né le 24 Avril 1910, à Peyriac-de-Mer (Aude)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. BOURDE, *Président*.
CHAUVIN,
MOIROUD,
DOR.

Assesseurs

MARSEILLE
imprimerie ANT. GED
48, Rue Paradis

1941

UNE TECHNIQUE DE SÉCURITÉ
DANS LA
FERMETURE DES ANUS CONTRE NATURE

FACULTE MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE N°

UNE TECHNIQUE DE SECURITÉ DANS LA FERMETURE DES ANUS CONTRE NATURE

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

Le Juillet 1941

PAR

LOUIS COMBES

Né le 24 Avril 1910, à Peyriac-de-Mer (Aude)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. BOURDE, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		CHAUVIN,		
		MOIROUD,		
		DOR,		

MARSEILLE
Imprimerie ANT. GED
48, Rue Paradis

1941

PERSONNEL DE LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : LUCIEN CORNIL

Assesseur : F. MERCIER.

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MOITESSIER, CASSOUTE

Chargés de Cours honoraires : TIAN, BRUN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : M^{me} PEROL

Professeurs :

Anatomie	CORSY
Anatomie pathol. et Pathol. expérimentale	CORNIL
Bactériologie	ROUSLACROIX
Chimie analytique et hydrologie	RIMATTEI
Chimie médicale	ROCHE
Clinique chirurgicale	FIOLLE
Clinique chirurgicale	BOURDE
Clinique exotique	HECKENROTH
Clinique des maladies nerveuses	ROGER
Clinique médicale	AUDIBERT
Clinique médicale	MONGES
Clinique médicale	MATTEI
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique obstétricale	VAYSSIÈRE
Clinique ophtalmologique	AUBARET
Clinique oto-rhino-laryngologique	BREMOND
Clinique urologique	CHAUVIN
Histoire naturelle	GABRIEL
Histologie	ROMIEU
Hygiène générale et coloniale	VIOLE
Médecine légale	MOSINGER
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie interne	N.
Pharmacodynamie et matière médicale	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	COTTE
Physique	CHEVALLIER
Thérapeutique	N.
Stomatologie (Professeur sans chaire)	BELTRAMI
Physiologie (Professeur sans chaire)	MALMEJAC

Chargé de Cours

Clinique dermatologique	VIGNE
-------------------------------	-------

Agrégés en exercice

MM. SAUTET	MM. BERTHIER	MM. ARNOUX	MM. AUDIER
DUBOULOZ	POINSO	CHOSSON	DOR
JAYLE	BALANSARD	DELPHAUT	RECORDIER
MOIROUD	BRAHIC	IMBERT	SALMON
	FIGARELLA	PAILLAS	

Agrégés libres

Chargés des fonctions d'agrégé

Chimie médicale	DERRIEN
-----------------------	---------

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie descriptive et topographique	SALMON
Chimie minérale	ARNOUX
Clinique des maladies contagieuses	PERIOT
Médecine opératoire	DOR
Microbiologie	BOYER
Neuro-chirurgie	ARNAUD
Pharmacodynamie et chimiothérapie	DELPHAUT
Psychiatrie	ALLIEZ
Toxicologie	GUILLLOT
Obstétrique	CHOSSON



A LA MEMOIRE DE MON PERE REGRETTE

A MA MERE

Faible témoignage de ma tendresse
infinie.

A MA FEMME

A MON ONCLE, M. JOSEPH SALLES

A MON BEAU-PERE, M. LEON TISSEYRE

A TOUS LES MIENS

A MON MEILLEUR AMI

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Yves BOURDE

*Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Qui, après nous avoir suggéré le sujet de cette thèse, a bien voulu nous aider de ses conseils. Qu'il veuille bien trouver dans ce modeste travail, l'hommage reconnaissant et admiratif d'un de ses élèves.

A MON JURY DE THESE

Respectueusement.

A MES MAITRES

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRE LENA

Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté

Témoignage de reconnaissance pour
ses conseils, qui nous ont permis de
mener ce travail à bien.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CEZILLI

Ex-Chef de Clinique Urologique à la Faculté

Qui nous guida toujours de ses bons
conseils.

Hommage de respectueuse
reconnaissance.

A LA MEMOIRE DE MES FRERES D'ARMES
DE LA 32^e DIVISION

Qui reposent dans la terre de Belgique
et dans les Dunes de Dunkerque.

A MES FRERES D'ARMES

*Officiers, Sous-Officiers et Soldats de la 32^e Division
en captivité*

A MES COLLEGUES

Qui furent de parfaits camarades
pendant nos huit mois de captivité à
l'hôpital d'Enghien (Belgique).

I. — GENERALITES

Les anus « artificiels » ou contre nature établis dans un but thérapeutique, soit comme traitement d'une occlusion intestinale, soit comme voie de dérivation pour tumeur ou sténose rectale par exemple, soit comme premier temps d'une résection intestinale (rectum ou côlon gauche) doivent, pour la plupart, être fermés ultérieurement et la question de la fermeture de ces anus temporaires est une de celles qui se posent souvent en pratique et méritent de retenir l'attention.

Il en est de même de la fermeture de ces fistules stercorales et pyo-stercorales, qu'elles soient traumatiques (nombreuses blessures de guerre actuelle) ou pathologiques, c'est-à-dire en rapport avec une altération primitive de la paroi intestinale (tuberculose, cancer, etc...) et surtout appendicite grave, gangréneuse. Une place importante doit être attribuée aux « fistules opératoires », qui sont la conséquence d'une intervention chirurgicale et qui proviennent d'une inscissure de sutures.

La fermeture des anus contre nature et de ces fistules a l'inconvénient de nécessiter des opérations importantes de techniques délicates. Il y a deux grandes méthodes : La méthode extrapéritonéale décrite par Ch. LENORMANT, technique qui vise à fermer purement et simplement l'orifice anormal sans libérer les adhérences unissant l'intestin à la paroi et sans ouvrir la séreuse ; la méthode intra-péritonéale dans laquelle on aborde directement l'intestin pour en traiter les lésions par suture, entérectomie ou dérivation. Dans cette dernière méthode, nous devons distinguer la technique classique et la technique de P. DUVAL, nous ne décrirons que cette dernière qui est la technique classique, modifiée et rajeunie.

II. — RAPPEL DE CES METHODES

A) - *Méthode extrapéritonéale - Technique de LENORMANT.*

Tous les procédés décrits ne sont que des variantes de l'opération initiale de MALGAIGNE, qui consiste à séparer sur le pourtour de l'orifice anormal, la paroi intestinale de la peau et des plans musculo-aponévrotiques, sans détacher les adhérences péritonéales, à fermer l'orifice intestinal par une suture d'adossement et, par dessus, à réunir isolément les plans pariétaux. Elle n'est applicable aux anus avec éperon qu'après la suppression de celui-ci ; pour y parvenir, depuis DUPAYTREN on a recours à l'entérotome, instrument très douloureux et, par suite, difficilement supportable par le malade.

LENORMANT décrit sa technique : « A deux ou trois centimètres en dehors de l'anūs, on fait une courte incision d'un demi-centimètre pénétrant jusqu'au plan musculo-aponévrotique. Par cette incision, on faufile circulairement tout autour de l'orifice, en restant à deux ou trois centimètres de lui dans l'épaisseur de la paroi musculo-aponévrotique, un fil de catgut chromé, n° 1 ou 2. Avec une aiguille d'Emmet ou de Doyen, on passe facilement ce fil circulaire en deux fois, l'aiguille sortant chaque fois par le même point, de telle sorte qu'une incision unique est suffisante. Le fil ainsi placé, dont les chefs sortent par l'incision, n'est pas serré, on le recouvre d'une compresse. On procède alors à l'avivement des bords de l'anūs par dédoublement de la muqueuse et de la peau ; ce dédoublement doit être poursuivi autant que possible dans une étendue de 10 m/m. au moins. Les lèvres muqueuses sont ensuite suturées par adossement au catgut fin. A ce moment, on reprend le fil de « cerclage » pour le serrer à fond et pour le nouer, tous les tissus se froncent au pourtour de l'orifice qui est ainsi

fermé. On coupe alors les chefs au ras du nœud et on enfouit celui-ci sous un point de suture fermant la petite incision latérale. Il ne reste plus qu'à suturer aux crins de Florence les lèvres cutanées de l'anüs ».

Cette méthode est applicable aux fistules pyo-stercorales, mais au préalable, il faut transformer celles-ci en fistules stercorales par un large débridement qui mette à plat l'orifice intestinal.

Cette méthode moins rapide, moins brillante que la méthode intra-péritonéale, que nous allons maintenant rappeler, conserve cependant de larges indications.

B) *Méthode intra-péritonéale - Technique de P. DUVAL.*

P. DUVAL explique sa technique de la façon suivante :

« Une incision circulaire est faite autour de l'anüs, sur la peau, à quelques millimètres du liseré muco-cutané et, aussitôt la peau mobilisée, l'anüs est fermé par des pinces. L'anse colique est détachée de la paroi par une manœuvre simple : Les muscles de la paroi sont incisés assez loin à 1 cm. de leur union à l'anse colique, puis la lèvre interne des muscles est reclinée en dedans. On met ainsi le péritoine à nu, loin de la zone normale d'adhérences et là, il est facile de trouver alors un point où la séreuse apparaît souple et mobile sur les viscères sous-jacents, libre de toute adhérence. En ce point seulement, le péritoine est ouvert, car, si on ne prend pas cette petite précaution, on risque de travailler dans la zone d'adhérences et de pénétrer dans la lumière du segment colique adhérent. Par l'orifice de la séreuse, on introduit l'index gauche dans l'abdomen et on le fait contourner l'anse colique adhérente à la paroi. On arrive très facilement à faire tout le tour des deux bouts coliques et, de proche en proche, sur le doigt intra-péritonéal qui soulève la paroi abdominale, ou détache le côlon de la paroi avec, autour de l'anüs, le bloc cicatriciel pariétal. Lorsque la libération circulaire de l'anüs est ainsi faite, l'anse colique est extériorisée sur des champs isolants.

Alors commence le travail minutieux absolument nécessaire ; si une anse grêle lâchement adhérente au méso-

côlon vient avec lui, elle est détachée et refoulée. L'anús se présente alors portant au contact de ses bords la masse pariétale resséquée, plus ou moins importante. Toute cette masse de tissus cicatriciels doit être complètement extirpée jusqu'à ce que l'on voit complètement à nu la séreuse colique.

— A ce moment, on enlève les pinces qui ferment l'anús, celui-ci est étalé et on procède à la résection de son bord muco-cutané toujours rigide ; les franges graisseuses sont resséquées ; il faut des anses coliques souples débarrassées de toute graisse et de tout tissu étranger. Lorsque cette préparation longue et minutieuse est terminée, l'ouverture colique a des dimensions « ahurissantes » et considérables. Cette brèche colique est fermée en trois plans, transversalement. La suture faite, l'anse est rentrée dans l'abdomen, le grand épiploon est rabattu sur elle et la paroi est fermée en trois plans sans drainage ». Les suites opératoires sont simples si l'on prend quelques petites précautions : DUVAL conseille de ne faire aller l'opéré à la selle que le 9^e jour. La première selle est douloureuse, douleur due au passage un peu difficile dans la région colique suturée et dans le bout inférieur, car l'anús normal, si l'anús contre nature est établi depuis longtemps, peut être revenu sur lui-même et son calibre peut avoir diminué ; mais cette atrésie n'est qu'apparente et tout se rétablit dans quelques jours. Les douleurs cessent assez vite. Le lavement opaque franchit bien la zone suturée et montre qu'il n'y a pas en amont de la suture, de dilatation colique.

Combien de temps, après l'établissement d'un anus contre nature, celui-ci peut-il être fermé ? P. DUVAL donne comme moyenne trois mois ; mais l'opportunité de la fermeture dépend de l'état des tissus avoisinants ; il faut que la muqueuse colique soit absolument normale sans ulcération, que la ligne muco-cutanée soit nette, qu'il n'y ait aucune induration pariétale perceptible, en un mot que tout soit souple et mobile ; et les accidents que l'on enregistre viennent très souvent de ce que la fermeture a été précoce.

III. — AVANTAGES ET INCONVENIENTS DE CES DEUX METHODES

Il est évident que des deux méthodes, la méthode extra-péritonéale est celle qui offre le plus de sécurité pour le péritoine, car on ne touche pas à celui-ci et si la suture vient à lâcher et qu'il y ait production d'une fistule, nous n'aurons pas le tableau dramatique et fatal de la péritonite. Mais dans les conditions les meilleures, l'opération de LENORMANT est toujours délicate et donne souvent des échecs ; par suite, plusieurs interventions successives peuvent être nécessaires pour obtenir le succès ; aussi faut-il beaucoup de patience de la part du chirurgien et surtout du malade ; bien que ces interventions ne fassent courir aucun risque, tandis que la deuxième méthode, si elle a été exécutée correctement, donne une guérison rapide et certaine au premier coup. Les principales causes de ces échecs fréquents sont : l'état cicatriciel des tissus.

MURARD, dans une communication à la S. N. de Chirurgie, s'exprime ainsi : « Pour qu'une suture intestinale tienne, il faut qu'elle adosse des surfaces séreuses ; le plan séreux des suturés est certainement le plus important et certains procédés d'anastomoses utilisaient exclusivement l'adossement séreux (R. BERNARD enlève en un temps, quatre néo du côlon, en se servant d'un large adossement séro-séreux à la moitié postérieure de l'anastomose, pour ne pas qu'il se produise à ce niveau un lâchage qui serait très dangereux pour le péritoine). Or, dans l'entérorraphie extrapéritonéale, on fait porter les sutures sur du tissu filieux cicatriciel, parfois septique, et dépourvu de séreuse. L'échec partiel ou total en est parfois la conséquence. Cet état cicatriciel des tissus entourant l'anus ou la fistule rend

difficile la dissection des plans pariétaux et le dédoublement des bords de l'orifice ; de plus, dans ces tissus cicatriciels, mal nourris, souvent infectés ou facilement infectables, les fils ont tendance à couper sous la moindre tension.

Que lui reproche P. DUVAL ? Il reproche à la suture intra-pariétale de laisser le côlon adhérent à la paroi, reproche justifié et peu important, parce que, secondairement, le gros intestin peut se libérer spontanément et redevenir libre, soit du fait des contractions abdominales, soit du fait de sa mobilité propre ; mais si, dans quelques cas heureux, il se libère de ses adhérences, il n'en est pas moins vrai que l'entéronaphie intra-péritonéale lui rend d'emblée, et à coup sûr, son indépendance.

De plus, cette méthode semble être en contradiction avec le principe de toute chirurgie abdominale qui cherche à éviter la production des adhérences, qui les libère et essaie de s'opposer à leur reproduction lorsqu'elles existent.

Dans ses statistiques, sur 10 cas, LENORMANT obtient un échec complet, deux succès partiels (persistance d'une fistule, une guérison complète après deux interventions et six fermetures parfaites et définitives du premier coup. En résumé, la méthode extrapéritonéale est bénigne, mais donne de fréquents échecs.

Quels sont les avantages de la deuxième méthode, de la méthode intra-péritonéale ? Comme nous venons de le voir si l'intervention a été correcte, elle réussit à coup sûr du premier coup ; MURARD rapporte 7 cas, 7 guérisons d'emblée ; DUVAL, dans une première statistique de 38 cas, ne note qu'un seul incident : malade opéré trop tôt. A quoi tient cette réussite ?

Cette intervention porte en tissus sains ; elle adosse des surfaces sereuses, condition indispensable pour qu'une suture tienne ; elle permet une révision du foyer où a porté la première intervention ; elle replace l'intestin libéré dans la cavité péritonéale libre d'adhérences et permet une reconstitution exacte de la paroi », dit MURARD.

Cette technique permettant une dissection plus large et

plus minutieuse des muscles de la paroi, permet d'obtenir ainsi en même temps une guérison parfaite des petites éviscérationes qui accompagnent souvent ces fistules.

Dans sa technique, DUVAL ne s'occupe jamais de l'éperon et n'a eu, de ce côté, aucun incident : Lorsque l'anse est extériorisée, si les tractus fibreux qui unissent les bords mésentériques sont trop fermes ou trop inextensibles, il ne fait que les sectionner superficiellement. On ne doit rechercher ni à redresser l'anse colique, ni à faire disparaître sa coudure, l'éperon s'efface de lui-même, peu à peu, complètement.

Après les critiques de certains chirurgiens qui trouvent, à juste titre, cette technique dangereuse et compliquée surtout pour les anus gauches, il semble que DUVAL lui-même ait eu quelques accidents, puisqu'il enregistre deux décès dans ses statistiques de 1929 à 1939, qui portent sur 41 cas.

D'après DUVAL, le premier cas concernait un anus iliaque gauche fait, après colectomie pelvienne pour cancer, par son assistant. Trois mois après la colectomie, on ouvre une grosse collection lombaire formée autour de l'anus iliaque. Un mois après, fermeture intra-péritonéale de l'anus par son assistant : échec; deux mois après, il essaie lui-même la fermeture. L'opéré fait une occlusion intestinale avec abcès lombaire itératif et adhérences d'une anse aux plans profonds de la fosse iliaque. Fistulisation du côlon et drainage lombaire. Nouvel échec. Quinze mois après, son assistant essaie par laparotomie médiane une anastomose colo-colique, l'opéré meurt au bout de quelques jours.

Le deuxième cas concernait un anus iliaque gauche fait en province pour cause inconnue. Il pratique la fermeture de cet anus, tout se passe bien, guérison complète des sutures coliques et pariétales. Rétablissement normal du cours des matières, mais le malade meurt le 18^e jour par affaiblissement progressif.

Le premier décès était dû au lâchage de la suture colique.

Il est vrai que ces deux cas intéressaient deux anus iliaques gauches, dont la fermeture est très délicate, beaucoup plus que la cure d'un anus transversé et surtout droit, dif-

ficultés dues probablement aux caractères anatomique et physio-pathologiques du côlon gauche, qui en font un segment intestinal dangereux (DOR).

Nous voyons que si cette technique, la plus satisfaisante et la plus efficace, surtout dans les cas complexes (anus avec éperon, brèche intestinale étendue), nous donne le plus souvent une réussite certaine ; elle n'en reste pas moins une technique dangereuse : elle rentre complètement dans le grand péritoine une suture colique qui peut toujours lâcher, même si elle a été parfaitement exécutée.

Voir le premier cas dans les statistiques de P. DUVAL.

Notre maître, le P^r BOURDE, a eu un décès au 7^e jour par péritonite, par suite du lâchage de la suture intestinale (voir également observation n^o I). En résumé, si cette technique donne une réussite certaine, elle n'en est pas moins très dangereuse.

IV. — TECHNIQUE PROPOSEE

En présence de ces deux méthodes, avec leurs principales techniques qui présentent de grands avantages et aussi quelques inconvénients, ayant toujours l'idée de sécurité qui doit toujours nous guider, nous proposons une technique nouvelle, réunissant les avantages de l'une et de l'autre.

Cette technique, décrite par notre maître le P^r BOURDE, s'inspire de celles décrites par GOÏNARD et SENÈQUE, mais poussant le souci de sécurité beaucoup plus loin.

OKINCZYK, dans son rapport à la Société Nationale de Chirurgie, sur une communication de GOÏNARD, dit que la résection du côlon pelvien, suivie d'anastomose immédiate subtotale, technique que pratiquent DELORE et GOÏNARD, appartient à BOUILLY, VOLKMAN et FIOLE, qui l'emploient également dans les résections du côlon pour cancer. Cette méthode consiste à rétablir la continuité intestinale en laissant subsister un quart de la suture fistulisée à la paroi, et à protéger la suture restante par un épais adossement séro-séreux. Cette dérivation temporaire, dit GOÏNARD, est nécessaire à la sécurité de l'intervention ; elle est assurée par cette fistulette « in situ » ; celle-ci se ferme en quelques semaines, et presque toujours spontanément.

Sur quatre observations publiées, dans les deux premières, on a employé l'opération en plusieurs temps ; la guérison a été obtenue, mais elle a été beaucoup plus tardive que dans les deux derniers cas où on a utilisé la technique de l'anastomose immédiate subtotale.

Voici la technique, telle qu'elle est décrite par GOÏNARD.

1. Laparotomie médiane à peine suffisante, pour permettre l'extériorisation. Dès que l'anse est extériorisée, détordue et exprimée de son contenu, fermeture définitive de la paroi, laissant seulement passage au pédicule du sigmoïde.

2. Surjets soigneux sur les deux faces du sigmoïde et du méso au péritoine pariétal ; dès lors, l'intervention se passe rigoureusement hors du ventre.

3. Hémostase du méso, section des deux bouts intestinaux. Suture termino-terminale à deux plans des trois quarts postérieurs des deux bouts. Un drain dans le bout supérieur, puis quelques crins en X rapprochent les lèvres musculo-aponévrotiques de l'incision, enfouissent l'anastomose.

Le péritoine pariétal est suturé au-dessus de l'anastomose et est rebroussé autour d'elle au fur et à mesure qu'elle rentre à l'intérieur de la cavité abdominale. Cette technique a tendance à l'intériorisation, ce qui n'est pas dangereux, au contraire, c'est grâce à elle que la fistule se guérit, tout en restant jusqu'au bout extrapéritonéalisée. Cette extrapéritonéalisation, qui a lieu dès le deuxième temps, donne de grands avantages au point de vue anesthésie et traumatisme opératoire.

SENÈQUE et son élève MILHET, poussant le souci de la sécurité plus loin, nous apportent une technique plus perfectionnée, qu'ils rappellent dans le traitement chirurgical du Dolichocolon. Il emploie le procédé de résection en un temps avec suture termino-terminale « extériorisée », mais ici la suture est complète.

Il apporte quatre observations, quatre guérisons ; deux d'entr'elles ont donné une fistule qui, grâce à l'extériorisation, n'a pas eu de suite fâcheuse et s'est fermée spontanément ; l'extériorisation est ici le temps capital qui assure la sécurité.

Après la préparation du sujet, qui consiste à obtenir la vacuité la plus complète du côlon et antiseptiser autant que possible la muqueuse intestinale, voilà, utilisée par SENÈQUE, la technique dans ses grandes lignes : « Elle consiste à resséquer l'anse dolichocolique et à rétablir la continuité intestinale par une suture termino-terminale, puis à laisser l'anastomose extériorisée hors du ventre ; dans les jours qui suivent, l'anastomose tirée par le mésocôlon rentre progressivement dans l'abdomen et la cicatrisation de la plaie se fait rapidement.

Cette technique de l'extériorisation momentanée de l'anastomose est un temps essentiel qui sépare cette méthode de la méthode classique de la colectomie en un temps (méthode de REYBARD) ; elle met à l'abri des dangers pour laquelle celle-ci est criticable et condamnable ; en effet, si les sutures venaient à lâcher ou à désunir, cet accident n'amènerait rien de plus grave que la constitution d'une fistule stercorale qui nécessiterait une deuxième intervention, d'ailleurs plus simple. L'extériorisation de la suture est un facteur de succès, elle n'est pas dangereuse et elle augmente la sécurité de la méthode.

Poussant le souci de la sécurité encore plus loin, notre maître, le Pr BOURDE, s'inspirant de la technique précédente, nous décrit sa technique dans l'observation suivante : « Il s'agissait d'un malade porteur d'un anus droit avec un anus transverse : « On aurait pu pratiquer, dit le Pr BOURDE, une colectomie segmentaire avec enterrographie totale sous le couvert de cet anus transverse, suivant la méthode de SCLOFFER, mais elle avait donné peu de temps auparavant un échec grave avec décès par péritonite au 8^e jour, et il nous paraissait que la colectomie segmentaire avec suture totale restait dangereuse, en dépit de la soupape de sûreté formée par l'anوس à distance. Nous avons préféré une suture incomplète (à la manière de FIOLE), en abouchant le quart non suturé à la paroi, mais en adjoignant quelques détails techniques : « les deux lèvres de l'incision péritonéale sont suturées respectivement au bord droit et au bord gauche du mésocôlon de telle sorte, que notre ligne de suture était à la fois intra-abdominale, mais extrapéritonéale, comme il résulte de la technique de QUÉNU-CRUET ». Les suites opératoires furent simples. la fistule intestinale s'est fermée spontanément et, neuf ans après, cet homme, opéré de cancer de l'anse sigmoïde, reste en bonne santé. La réussite est complète, l'anوس transversé étant réduit à une simple fistule, on pratique la cure radicale par le procédé extrapéritonéal de LENORMANT.

Dans cette technique, l'idée essentielle est l'« extrapéritonéalisation » de la suture colique, et c'est ce détail qui donne encore une plus grande sécurité.

V. — RESULTATS COMPARES

OBSERVATIONS

Depuis, notre maître, le P^r BOURDE, applique cette technique dans quatre cas, car il venait d'enregistrer des accidents et des échecs avec la technique de P. DUVAL.

A quoi était dû cet accident ?

OBSERVATION N° 1

(prise dans le service du P^r BOURDE)

P... J... Entre le 20-9-37 avec le diagnostic de fistule anale ; après quelques mois d'expectative, on se décide à intervenir le 18-12-37. Après une rachianesthésie qui se révèle insuffisante, on pratique une anesthésie générale à l'éther pour la fermeture de l'anus iliaque dont le malade est porteur : on libère l'anus, avivement des bords de la plaie, suture et fermeture intra-péritonéale, avec suspension au péritoine, suivant la technique de Duval. Muscles et aponévroses ne sont pas suturés. Le 22-12-37, vérification de la plaie et découverte de l'S iliaque dont les sutures ont tenu ; des mèches sont disposées autour de la plaie largement ouverte. Huit jours après, la suture intestinale lâche et péritonite par issue de matières dans le péritoine.

A l'examen du malade qui se plaint de violentes douleurs abdominales, on trouve un ventre ballonné, tympanique et très douloureux surtout dans la fosse iliaque droite. Rien de particulier au toucher rectal. La plaie est dissociée et les matières font issue à la fois par l'anus iliaque et l'anus normal. Le 7-1-38, aggravation de l'état général ; le lendemain, intervention du D^r Léna A. Anesthésie locale, incision médiane sous-ombilicale. A la partie inférieure de l'incision, on trouve un magma d'anses accolées au péritoine antérieur. Après protection du péritoine libre, on décolle prudemment les anses et on ouvre un énorme abcès péritonéal pyo-gazeux, occupant tout le pelvis et les deux fosses iliaques. On évacue par aspiration. Mise en place d'un

gros drain plongeant dans le pelvis. Depuis, l'état du malade est stationnaire ; l'anوس iliaque fonctionne bien, un trajet fistuleux subsiste au bas de la cicatrice sous-ombilicale. Puis l'état général s'aggrave ; le malade présente des périodes d'amélioration alternant avec des périodes de prostration, la diarrhée et les vomissements sont continus. Le malade va à la selle par son anus naturel et iliaque. Le pansement ramène un pus vert ; la température oscille, atteignant 39°. Malgré une intervention du Pr BOURDE, qui tente une entéro-anastomose, l'état général continue à décliner ; faciès péritonéal, agitation ; le malade meurt le 28-9-38.

Les examens de laboratoire et les réactions sérologiques n'avaient rien décelé d'anormal. Cet accident était dû au lâchage de la suture colique.

OBSERVATION N° II

(prise dans le service du Pr BOURDE)

G... S... rentre le 5 juin 1938, porteuse d'un anus transverse artificiel à la suite d'une rectite sténosante. La cause de son admission est une hémorragie de sang rouge au niveau de son anus artificiel et de l'anوس normal. La malade va à la selle au niveau de son anus normal.

Une restoscopie pratiquée montre une muqueuse enflammée sans lésions précises. On traite par des mèches au mercurochrome, les hémorragies rétrocedent par la suite. Après un épisode diarrhéique survenu entre le 12 et le 16 juin, où l'examen des selles a montré de nombreux globules de pus et de nombreuses cellules épithéliales avec présence de sang et de kystes d'amibes du colon, la malade faisant en ce moment toutes ses matières par l'anوس normal, demande alors qu'on lui supprime l'anوس artificiel.

L'intervention pratiquée par le Dr Arnaud a lieu le 28-6-1938. Anesthésie générale à l'éther. Résection du pourtour de la plaie ; l'anse transverse est dégagée.

La bride épiploïque qui passe sous l'anوس est reséquée, le transversé très fragile se déchire très facilement ; il est fermé par un surjet transversal au fil de lin avec enfouissement sous deux surjets séro-séreux. La plaie n'est pas fermée complètement et la paroi qui présente une éventration est rapprochée au catgut. Quelques jours après le 4 juillet : complication. L'anse extériorisée se perfore et on a une issue de matières fécales.

Pansement au mercurochrome et, depuis ce jour, l'état reste stationnaire. Après cet échec, la malade sort le 16 août.

Depuis cet accident et cet échec, le P^r BOURDE délaissant la technique de Duval, applique sa technique dans les cas suivants.

OBSERVATION N° III

(prise dans le service du P^r BOURDE)

L... A..., 58 ans, artiste peintre.

Entre le 23-12-37 pour constipation opiniâtre depuis trois semaines et douleurs abdominales diffuses. On note une augmentation du volume du ventre et des vomissements.

L'histoire de ce malade est la suivante : Depuis un an, période de constipation, selles peu abondantes et très dures, teintées presque marc de café. Il y a quatre semaines environ, avant une selle, petite hémorragie anale constituée uniquement par du sang rouge, suivie de constipation, avec augmentation du volume de l'abdomen, qui est actuellement considérablement ballonné. Il présente quotidiennement, une heure après les repas, des vomissements bilieux et alimentaires. Amaigrissement : 30 kilos dans un an.

Aucun antécédent personnel ; nous constatons que c'est un vieux colonial (dysenterie, fièvre bilieuse hémoglobinurique).

A l'examen, on a un ventre ballonné avec zones boursoufflées sur le trajet du côlon ascendant et descendant et des anses supérieures au niveau desquelles on perçoit très nettement des mouvements péristaltiques. La palpation douloureuse dénote la présence dans la fosse iliaque gauche d'une grande zone arrondie presque tumorale, dure, au-dessus de laquelle le ventre est contracté. Au toucher rectal, rien à signaler. On intervient le 24-12-37. Anesthésie locale à la Duracaine. On pratique par dissocation l'extériorisation du fond caecal, on vide celui-ci et un clamp limite la région à extérioriser. On pratique : 1° la fermeture des deux extrémités de l'incision péritonéale ; 2° on met deux points sur le muscle qui avait été incisé ; 3° fermeture des deux extrémités de la brèche aponévrotique et fixation du côlon au delà du champ à la peau ; 4° fermeture des deux extrémités de l'incision cutanée.

L'ouverture de l'anus, pratiquée le troisième jour, donne issue à une quantité considérable de gaz fétides et de matières hémorragiques ; cette évacuation amène une désintoxication rapide. Le malade élimine régulièrement des matières par l'anus. Plu-

sieurs radios sont faites à ce moment et la dernière, du 1-2-38, montre que le lavement a franchi le sigmoïde après un petit arrêt, mais il montre une image anormale sur toute la hauteur du sigmoïde depuis l'anus iliaque jusqu'à la hauteur de l'ampoule rectale, image lacunaire et irrégulière. On conclut à un néo en virole du côlon. Ceci décide l'intervention du Pr BOURDE, qui a lieu le 22-2-38.

Anesthésie générale à l'éther. Incision de la fosse iliaque gauche de 10 cm. environ, traversée de la paroi suivant le procédé de Roux. On tombe sur un côlon gauche extrêmement dilaté, du volume d'un « pneu de motocyclette ». On en extériorise une partie à l'union du descendant et du sigmoïde. A signaler à 20 cm. au-dessus du rétrécissement sur le bord même du côlon, une petite masse kystique ne pouvant être identifiée macroscopiquement. Résection de 25 cm. environ du côlon et suture incomplète termino-terminale, mais extra-péritonéalisée sur tube de « Paul ». Fixation de l'anastomose à la peau. Mise en place de deux crins. La réponse du Laboratoire est : épithélioma colloïde. Par la suite, le malade va bien ; le 7 mars, il fait des matières par les trois orifices (anus naturel et les deux anus iliaques).

Le 26 avril, l'anus caecal donne normalement la matière liquide. La fistule stercorale gauche donne encore quelques matières non solides. Le malade va à la selle tous les deux jours par son anus normal ; par la suite, la fistule stercorale donne très peu.

Le 19 mai, on décide la fermeture de l'anus iliaque droit. Intervention du Pr BOURDE. Anesthésie générale à l'éther. — 1^{er} temps : fermeture de l'anus iliaque droit par une bourse au fil de soie ; 2^e temps : dissection des différents plans pariétaux au pourtour de l'anus ; ouverture du péritoine dans la partie haute de l'incision. Fermeture du caecum par un surjet total et deux surjets séro-séreux. Fermeture en trois plans. Les suites opératoires sont normales : le malade urine spontanément et fait des gaz au bout de trois jours. Température normale. Le 13-6-1938 : cicatrisation presque normale et le malade sort guéri le 22-6-1938.

OBSERVATION N° IV

(prise dans le service du Pr BOURDE)

S..., 63 ans, journalier, entre d'urgence à l'hôpital le 16-1-1938 à 9 heures du soir, avec le diagnostic d'occlusion intestinale.

Le début des accidents remonte à quatre jours. Le 12-1, à 8 heures du soir, le malade ressent une brusque douleur abdominale, très violente, elle diminue d'intensité progressivement. L'abdomen augmente considérablement de volume, arrêt complet des matières et des gaz. Pas de vomissements. La température est normale. Rien d'intéressant dans les antécédents.

A l'examen, on trouve un abdomen extrêmement météorisé, mais d'une façon asymétrique (côté gauche, plus développé que le Droit, ou fait déjà le diagnostic). A la palpation, légère douleur fosse iliaque gauche ; tympanisme considérable, pas d'ascite. Cliniquement, on diagnostique un volvulus du sigmoïde, diagnostic confirmé par un examen radiologique qui, sans préparation, montre une anse intestinale énorme remplie de gaz, remontant jusqu'au niveau du rebord costal.

Le lavement baryte s'arrête brusquement à la hauteur de la jonction recto-sigmoïdienne.

On décide l'intervention immédiate. Anesthésie générale à l'éther. Mise en place dans le rectum d'un gros et long tube en caoutchouc. Laparotomie médiane et sous-ombilicale. Une anse du gros intestin apparaît distendue à l'extrême du volume d'un « pneu ». Celle-ci est extériorisée délicatement et on constate qu'elle a subi une torsion de deux tours dans le sens de gauche à droite, une bride épiploïque siégeant au pied de l'anse qui est cause de la torsion est sectionnée. Par l'intermédiaire du tube en caoutchouc placé précédemment dans le rectum, l'anse est vidée facilement et s'affaisse complètement. On pratique sur le doigt introduit dans l'abdomen une petite laparotomie iliaque gauche, type Mac Burney, par laquelle on extériorise le côlon sigmoïde. Les deux pieds de l'anse sont accolés par deux points au fil de lin et sont fixés au péritoine. On pratique une fermeture complète en trois plans de l'incision de la laparotomie médiane.

Les suites opératoires sont simples ; l'anse extériorisée est ouverte le 3^e jour, on fait une résection secondaire le 8^e jour (la résection immédiate n'est pas à conseiller). L'hémostase du méso est assez délicate, on est obligé de laisser deux pinces à demeure pendant 24 heures.

Par la suite, l'anus artificiel fonctionne normalement. Le malade va bien.

Le 29 mars, on pratique la fermeture de l'anus iliaque gauche (Intervention du P^r BOURDE).

Anesthésie générale à l'éther. 1^o L'anus iliaque est fermé par un cerclage au fil de bronze ; 2^o ouverture du péritoine après

repérage des plans pariétaux et libération du côlon qu'on peut extérioriser ; 3° après coprostase par mise en place de deux champs, excision du pourtour de l'orifice intestinal, en respectant la continuité établie par l'éperon ; la libération de l'intestin a du reste effacé l'angulation entre les deux anses intestinales ; 4° suture transversale en deux plans: total et séro-séreux.

Jusqu'ici, on emploie la technique de P. Duval, mais 5° une série de points au catgut solidarise le péritoine avec l'intestin, et ce qui est le propre de la méthode et qui en fait sa sécurité, c'est que ces points sont placés de telle façon que la suture intestinale est rendue extrapéritonéale. On termine par une suture aux crins des plans musculaires et par un point aux deux angles cutanés de l'incision.

Les suites opératoires sont normales, le malade va à la selle quotidiennement et la cicatrisation se fait en trois semaines, sans aucun accident. Le malade, revu récemment, se porte de façon parfaite.

N. B. — On aurait pu pratiquer un anus médiane au lieu de faire une incision complémentaire pour l'anus iliaque gauche. Mais il ne faut pas oublier que les anus médianes sont plus difficiles à fermer et ne sont pas sans danger : il peut y avoir des phénomènes inflammatoires inévitables qui peuvent provoquer des occlusions sur les anses grêles environnantes ; de plus, il peut y avoir contamination de la plaie des suppurations plus longues, des désunions et des éventrations plus fréquentes.

OBSERVATION N° 5

(prise dans le même service)

B... Eléonore 55 ans, rentre à l'hôpital le 14-6-38, porteuse d'un anus iliaque, créé à la suite d'un néo du rectum. Après quelques jours d'expectative, le Pr BOURDE intervient le 21-6-38 pour fermer cet anus.

Anesthésie générale à l'éther. Fermeture de l'anus par cerclage à la soie ; on change d'instruments. Incision du revêtement cutané autour du bord muqueux de l'anus par dissociation prudente des plans profonds. On entre ensuite dans la cavité péritonéale, les anses afférentes efférentes sont extériorisées ; on se rend compte que l'éperon est affaissé. On libère correctement les bords qui sont destinés à être suturés, ces bords sont suturés suivant une ligne transversale. La fermeture est faite sous un plan séro-séreux. La suture paraît solide et la lumière intesti-

nale est très correcte. A ce moment, on rentre dans la cavité abdominale la plus grande partie de l'anse extériorisée et suivant cette technique, on solidarise comme toujours le péritoine au tour de la suture intestinale. Suture des muscles, aux crins, sauf au niveau de l'anus où on laisse un petit drain en mèche. La peau est laissée ici largement ouverte.

Les suites opératoires sont un peu troublées par une sorte de collapsus. L'opéré émet des gaz pendant le 2^e jour.

Les jours suivants, l'opérée vomit du sang et on se demande si elle ne serait pas atteinte d'un néo-gastrique.

La température monte à 38°5. On défait le pansement, la mèche s'extériorise facilement et il sort un liquide épais, crémeux, couleur chocolat et d'odeur fétide, ressemblant à du pus avec des matières fécales. On replace une mèche dans le trajet et pansement au mercurochrome. Vers le 4 juillet, on s'aperçoit qu'il y a deux fistules stercorales au milieu de la plaie opératoire, on bourre celle-ci de mèche au mercurochrome. La malade fait ses matières par l'anus normal. Mais vers le 28 juillet, si la plaie opératoire est en bonne voie, l'état général de la malade n'est pas brillant, elle mange très peu et vomit, surtout les solides ; les selles sont rares et dures. Vers le 11 août, l'état général décline encore, elle n'urine bien que depuis qu'on lui fait des injections intra-veineuses de NaCl hypertonique ; elle ressent de violentes douleurs épigastriques. La fistule n'est pas encore fermée complètement huit jours plus tard.

Le 18-8-38 : rejet, dans ses vomissements incessants, d'un fragment grisâtre ; le surjet a un aspect jaunâtre. A partir de ce jour, l'état général décline de plus en plus et la malade meurt le 16-9-38 d'un néo à l'estomac, avant la fermeture totale de la fistule stercorale.

Deux radios successives avaient montré une grosse image lacunaire de la portion vestibulaire, image confirmée par la radio de contrôle. La scopie avait, en outre, une déformation constante de la région antropylorique.

OBSERVATION N° II bis

(prise dans le service du P^r BOURDE)

Cette observation est la suite de l'observation n° II.

La fermeture de l'anus transversé par la méthode intra-péritonéale suivant la technique de P. Duval, avait donné un échec le 4 juillet 1938.

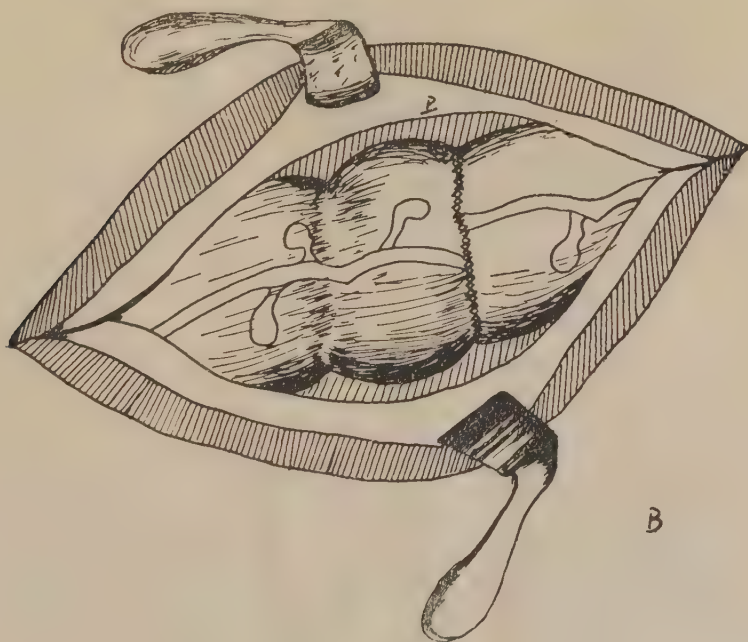
G... S... rentre à l'hôpital en décembre 1938. L'intervention a lieu en janvier 1939 ; elle est pratiquée par notre maître, le P^r BOURDE.

Anesthésie générale à l'éther. Excision de l'ancienne cicatrice. On trouve difficilement le péritoine libre, excision de la collerette entourant l'ancien anus transversé. Fermeture de cet anus en deux plans et fixation du transverse à ce niveau à la paroi ; la suture est extrapéritonéalisée. Fermeture de la paroi en deux plans et les plans superficiels sont laissés largement ouverts.

Les suites opératoires sont normales, l'opérée émet des gaz le 2^e jour, la cicatrisation se poursuit normalement et la malade sort guérie le 10 mars 1939.

VI. — DESCRIPTION DE LA TECHNIQUE

La fermeture des anus artificiels des observations précédentes a été faite suivant un procédé particulier : l'idée principale de la technique du P^r BOURDE consiste à « extra-péritonéaliser » la portion de l'anse suturée sur une assez grande étendue.



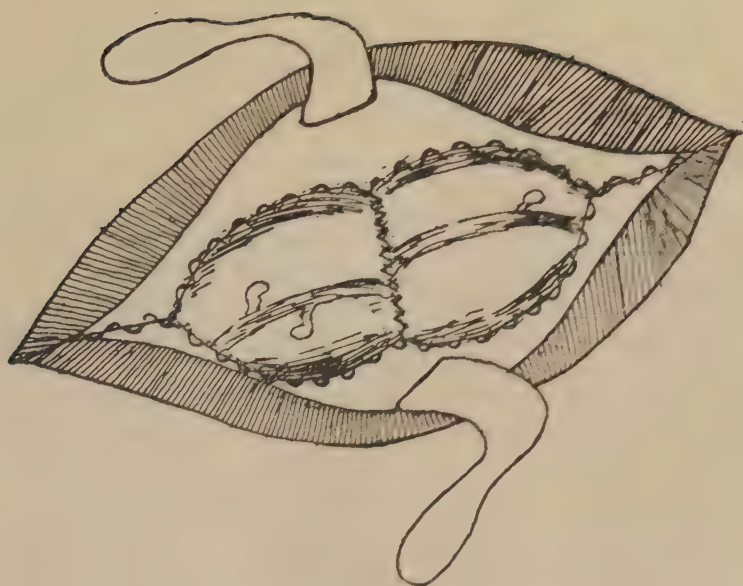
Suture intestinale terminée

Dans un premier temps, il traite l'anus artificiel suivant la méthode intra-péritonéale à la façon de P. DUVAL, puis une fois la suture intestinale faite, il termine en plaçant celle-ci en dehors du péritoine, et ceci, en suturant les deux lèvres du péritoine au pourtour de la suture colique par une véritable collerette de points au catgut : La lèvre droite



Suture péritonéale commencée

de l'incision péritonéale est suturée au bord droit du méso et au flanc droit des deux bouts coliques à une certaine distance (5 à 6 cm.) au-dessus et au-dessous de la suture colique, de même la lèvre gauche de l'incision péritonéale est suturée au méso et au flanc gauche des deux bouts intestinaux. Il termine par la fermeture du plan musculaire aux crins, et laisse la peau complètement ouverte ou simplement entr'ouverte par deux points situés à la partie inférieure et supérieure de l'incision.



Suture péritonéale terminée

Cette technique ne comporte pas la résection totale de l'intestin (cause de choc), ni du mésocolon. Quant à l'épéron, il ne s'en préoccupe pas, il s'efface peu à peu complètement dès que l'anse colique a été libérée.

CONCLUSION

Nous pouvons dire que, si la technique de P. DUVAL a de nombreux avantages, la technique proposée dans ce travail les augmente, parce que c'est une technique de sécurité. Cette technique est beaucoup moins dangereuse, grâce à l'extrapéritonéalisation de sa suture; elle évite ainsi de rentrer complètement dans le grand péritoine une suture colique qui peut toujours lâcher et donner un dénouement fatal (Observation n° I) (deux décès par péritonite dans les statistiques de P. DUVAL).

La technique du P^r BOURDE nous donne trois succès complets sur quatre interventions ; encore pouvons-nous considérer comme un succès l'observation n° 5, puisque la malade est morte d'une affection tout à fait étrangère à l'intervention.

Le seul inconvénient, d'ailleurs léger, que présente cette technique, est la présence parfois d'une fistulette qui peut persister pendant quelques jours, mais généralement elle se ferme spontanément par le bourgeonnement de la plaie, mais cette fistule n'est pas dangereuse, à l'inverse de ce qui arriverait si elle se produisait dans le péritoine.

En bref, la modification à la technique de P. DUVAL que nous proposons ici, nous paraît ajouter aux avantages de cette technique, la sécurité plus grande des méthodes extrapéritonéales.

Vu et approuvé :
Le Président de Thèse :
Yves BOURDE.

Vu et approuvé :
Le Doyen :
L. CORNIL.

Vu et permis d'imprimer :
Aix, le 3 juillet 1941
Le Recteur,
Pour le Recteur, le Doyen délégué
R. MARTINO

BIBLIOGRAPHIE

- « Traitement chirurgical du cancer du côlon pelvien » (*Thèse de P. Duval*, Paris, 1902).
- « Chirurgie du côlon pelvien » (*Congrès de l'Association Française de Chirurgie*, 1913, PATEL et DUVAL).
- « Technique et résultats de l'extirpation des tumeurs du gros intestin » (*Congrès de l'Association Française de Chirurgie - Rapport d'OKINEZYC et ABBADIE*, 1922).
- « Sur le traitement des anus contre nature et des fistules stercorales » (*Progrès Médical*, 1924, Ch. LENORMANT).
- « La fermeture des fistules et anus coliques chirurgicaux - Avantages de la fermeture intra-péritonéale, d'après une statistique de 38 cas » (*B. et M. de la Société de Chirurgie de Paris*, P. DUVAL).
- « Traitement direct intra-péritonéal dans la cure des anus contre nature et des fistules pyo-stercorales » (*Revue de Chirurgie*, 1926 - DELORE, MALLET, GUY et VACHET).
- « Fermeture intra-péritonéale des anus coliques et fistules chirurgicales - Technique opératoire et résultats » (*Archives Franco-Belge de Chirurgie*, 1929, P. DUVAL et VELTI).
- « De la fermeture intrapéritonéale des anus contre nature du gros intestin » (*Société Nationale de Chirurgie*, 1930, J. MURARD).
- « Cure chirurgicale des anus contre nature » (*Lyon Chirurgical*, 1925, POLLOSSON et CONTE).
- « Traitement du Dolichosigmoïde volvule ou non, par résection suivie d'anastomose immédiate subtotale avec dérivation temporaire « in situ » » (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1935. GOINARD, Rapp. OKINCZYE).

- « Traitement chirurgical du Dolichocolon » (*Journal de Chirurgie*, 1935. SENÈQUE et MILHET).
 - « Fermeture intra-péritonéale des anus contre nature - Statistique de P. DUVAL » (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 1939, P. DUVAL).
 - « Colectomie segmentaire avec suture incomplète des deux bouts » (*Académie de Chirurgie*, 1936, Y. BOURDE).
 - « Les Techniques de la Colectomie pour Cancer » (*Thèse de Paris*, 1932. GOÏCO, Paris).
 - « Volvulus du côlon iléo-pelvien. Opération en trois temps. Guérison » (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Marseille*, 1938, Y. BOURDE).
-

TABLE DES MATIERES

	Pages
I. — Généralités	13
II. — Rappel des méthodes :	
Méthode extrapéritonéale	15
Méthode intra-péritonéale	16
III. — Avantages et inconvénients	19
IV. — Technique proposée	23
V. — Résultats comparés - Observations	27
VI. — Description de la Technique	35
VII. — Conclusion	39
Bibliographie	41

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

- IMP. ANT. GED -
48, RUE PARADIS, 48
- - MARSEILLE - -

